

LISTA DE VERIFICACIÓN DIARIA PARA CONTROL DE SÍLICE CRISTALINA RESPIRABLE

- Centro: _____
- Área: _____
- Data: _____ Responsable: _____
- LEV en funcionamento e sen fugas: **SI / NON**
- Caudal do LEV dentro dos parámetros (anotar valor) _____ m³/h
- Sistema de humedecemento operativo: **SI / NON**
- Equipos de corte/pulido con protección conectados a aspiración: **SI / NON**
- Respiradores e filtros dispoñibles e en bo estado: **SI / NON**
- Persoas traballadoras formadas e con EPI axustados (fit test): **SI / NON**
- Vestiario separado: **SI / NON**
- Zona sinalizada e acceso restrinxido durante operacións de risco: **SI / NON**
- Empregouse aire comprimido para limpar superficies: **SI / NON**
- Aspirador industrial con filtro HEPA dispoñible para limpeza: **SI / NON**
- Rexistro de mantemento actualizado e accesible: **SI / NON**
- Rexistro de medicións e mostreos dispoñible (última data) _____
- Observacións do día: _____
- Accións correctoras urxentes:
1. _____
 2. _____
 3. _____
- Eficacia de captura (avaliación cualitativa): Boa / Regular / Mala
- Acción correctora (se procede): _____
- CALIBRACIÓN DE EQUIPOS DE MOSTREO**
- Equipo calibrado: Bomba modelo: _____
- Data calibración: _____
- Próxima calibración prevista: _____

SINATURA DA PERSOA RESPONSABLE DA VERIFICACIÓN _____

Data _____ Hora: _____